

Al Dirigente Scolastico
Istituto Comprensivo "Dante"
CASSANO MAGNAGO

Oggetto: Comunicazione assenza per malattia/visita specialistica/ricovero ospedaliero

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
in servizio presso la scuola _____ in qualità di:

- Direttore dei S.G.A.
 - Dirigente Scolastico
 - Docente
 - Assistente amministrativo
 - Collaboratore scolastico
- con rapporto di lavoro a tempo indeterminato
 tempo determinato fino al _____

COMUNICA

alla S.V di essersi assentato / che si assenterà dal _____ al _____
compreso, per un totale di giorni _____ per:

- Malattia Visita specialistica Ricovero ospedaliero

Comunica il proprio recapito durante il periodo di malattia:

Via/P.zza _____ n. _____ Città _____

N. telefonico _____

L'assenza è imputabile ad un terzo responsabile SI NO

Allega la seguente documentazione: _____

Data _____

In fede
